

**Programa de Compensación y Ayuda a las Víctimas**

**P. O. Box 1167**

**Harrisburg, PA 17108- 1167**

**(800) 233-2339**

**(717) 783-5153**

**(717) 787-4306 Fax**

**\*El reconocimiento de reembolso y autorización tienen que ser firmado antes de que la reclamación pueda ser procesada.**

**En la mayoría de los casos se requieren dos firmas. Si la víctima es mayor de 14 años, el o ella también tiene que firmar y entonces se requieren tres firmas.**

**RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DE REEMBOLSO**

Mi firma abajo significa que yo entiendo cada uno de los documentos o puntos de leyes:

El Programa es el que toma la decisión de aprobar mi reclamación. Yo puedo objetar la decisión tomada por el Programa por escrito durante los siguientes 30 días empezando desde el día en que la decisión fue tomada y puedo someter documentación suplementaria. Yo puedo reclamar el reembolso de costos adicionales debido al crimen. Debo verificar la cantidad exacta de mi pérdida antes de que el Programa considere compensarme del Fondo de Compensación a las Víctimas del Crimen. Mi reclamación puede ser denegada si no coopero con el Programa y sus agentes o mantengo una dirección postal válida con el Programa. Si someto una reclamación falsa, esto es una ofensa criminal punible de delito menor como se menciona en la sección 1303 del Acta de Víctimas del Crimen. Si yo fuera a hacer una declaración falsa en esta reclamación con la intención de engañar al Programa, sería considerado una ofensa criminal punible de delito menor como se menciona en 18 PA.C.S. & 4904.

Yo entiendo que el Programa de Compensación a las Víctimas del Crimen es el último recurso de pago. Yo estoy de acuerdo en informar al Programa y devolver al Gobierno cualquier dinero que reciba de cualquier otro recurso como resultado del crimen cometido y de acuerdo a la compensación recibida. Por lo tanto, estoy de acuerdo en devolver cualquier dinero que reciba del acusado, cualquier persona o recurso, que me recompense por el daño causado, incluyendo cualquier compensación por dolor y sufrimiento. Yo también estoy de acuerdo en que si la reclamación es determinada en cualquier momento como un error, falsa o fraudulenta, yo reembolsaré al Programa todo el dinero pagado por el Programa.

---

Firma del Reclamante

Fecha

**\*El reconocimiento tiene que ser firmado antes de que la reclamación pueda ser procesada.**

**AUTORIZACION**

Yo por la presente autorizo, de acuerdo con las regulaciones de privacidad bajo HIPPA, a cualquier hospital, médico o otra persona o institución médica que me haya examinado (nombre de la víctima) \_\_\_\_\_; cualquier director de funeraria o otra persona que ofreció servicios similares, cualquier empleador de la víctima o del reclamante; policía o agencia gubernamental; incluyendo las autoridades de impuestos Estatal y Federal; cualquier compañía de seguros; o cualquier organización que tenga conocimiento, para proveer a la Oficina de Servicios a las Víctimas, Programa de Compensación y Ayuda a las Víctimas, toda información que posean con relación al incidente que es básico para este reclamo. Copias de esta autorización pueden ser usadas en lugar de la original.

---

Firma del Reclamante

Fecha

---

Firma de la víctima (si es mayor de 14 años)

Fecha